Relatório de Opinião Geral

Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP)

Exercício 2024 – EAUD #1797378

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CONTROLADORIA-GERAL DO ESTADO

CONTROLADORIA SETORIAL - CSET/SEJUSP

NÚCLEO DE AUDITORIA, TRANSPARÊNCIA E INTEGRIDADE – NATI

COORDENADORIA DE AUDITORIA – CAU

BELO HORIZONTE

Maio/2025

Nosso *propósito*

Ser integridade e eficiência por uma **sociedade** melhor.

Nossa *missão*

Aprimorar a gestão pública mineira, por meio da auditoria interna, da correição, da prevenção e combate à corrupção, promovendo eficiência, integridade, transparência e participação social.

Nossa *visão*

Ser excelência como órgão de controle interno, que contribui para uma administração pública íntegra, transparente e eficaz.

Nossos *valores*

- Integridade
- Comprometimento
- Integração e cooperação
- Independência técnica
- Humanização
- Foco no interesse público

ÍNDICE

1. Introdução 5

2. Relatório de Auditoria nº #1624225 - Avaliação da estrutura de Controle Interno Nível de Entidade, de 30 de dezembro de 2024 5

3. Relatório de Auditoria nº #1585835 - Avaliação dos Controles do Estoque Central de Suprimentos, de 20 de agosto de 2024 8

4. Relatório de Auditoria nº #1520832 - Avaliação da Estrutura e dos Controles Internos no nível de atividades relativos à Gestão de Convênios de Saída e Parcerias MROSC, de 23 de abril de 2024 13

5. Relatório de Auditoria nº #1520710 - Apuração sobre possível infração ou dano a concorrência na licitação: Pregão Eletrônico para Registro de Preço nº 369/2022, de 05 de março de 2024 16

6. Relatório de Auditoria nº #1673934 - Avaliação da conformidade na execução no Contrato de Gestão nº 08/2021, celebrado com o Instituto Elo – IELO, de 30 de dezembro de 2024 19

7. Relatório de Auditoria nº #1629115 - Avaliação Programa CEAPA - Central de Acompanhamento de Alternativas Penais - UPC de Belo Horizonte no Contrato de Gestão nº 02/2019 celebrado com o Instituto ELO, de 30 de outubro de 2024 22

8. Relatório de Auditoria nº #1674395 - Consultoria em Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Contratação Pública, de 31 de outubro de 2024 24

9. Relatório de Auditoria nº #1502629 - Consultoria em Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Gestão, Fiscalização e Sanção dos contratos de Alimentação das Unidades Prisionais e Socioeducativas, de 26 de janeiro de 2024 25

1. Introdução

Trata-se da consolidação dos resultados das auditorias realizadas no exercício de 2024, relativo aos sumários de produtos finais de Relatórios de Auditoria e seus benefícios, nos formatos de Avaliação, Apuração e Consultoria, em atendimento ao art.7º, alínea "b" da Lei Federal 12.527/2011, e art.4º, alínea "b" do Decreto Estadual nº 45.969/2012.

2. Relatório de Auditoria nº #1624225 - Avaliação da estrutura de Controle Interno Nível de Entidade, de 30 de dezembro de 2024

Objetivo: O principal objetivo desta avaliação consiste em diagnosticar o nível de maturidade da estrutura e dos controles no nível de entidade praticados nas áreas da SEJUSP no ano de 2024, por meio da aplicação da Matriz de Avaliação estruturada pela Controladoria Geral do Estado – CGE, cuja criação foi pautada nos critérios definidos pelo Comitê das Organizações Patrocinadoras – COSO, a partir de testes que tem como objetivo mensurar o nível de maturidade do órgão em relação aos componentes ambiente de controle e avaliação de riscos.

Assim, os objetivos específicos consistem na verificação da regularidade presente nos processos de gestão relacionados aos seguintes componentes:

- Ambiente de controle;
- Avaliação de riscos.

Desse modo, buscamos verificar eventuais irregularidades nos processos e/ou na sua condução e recomendar ações que possam sanar ou mitigar os danos que essas irregularidades possam causar, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, fortalecimento, dos controles e minimização dos riscos do processo.

Resultado dos exames: Os resultados apresentados neste Relatório permitem concluir que o nível geral de maturidade da SEJUSP relativo aos controles internos no nível de entidade é "Intermediário", tendo em vista o percentual alcançado de 54,7%, relativo aos componentes descritos abaixo:

- Ambiente de Controle – Nível intermediário – Percentual alcançado 68,8%;

- Avaliação de Riscos - Nível intermediário – Percentual alcançado 40,6%.

Conforme exposto neste Relatório, constatou-se os seguintes achados, que impactaram nos resultados de maturidade da SEJUSP.

1. Inexistência de código de ética próprio e específico da SEJUSP, institucionalizado, que comunique normas apropriadas de comportamento moral e ético esperados dos seus colaboradores, intermediários e terceiros;

2. Inexistência de indicadores em avaliação de desempenho que possibilitam mensurar / identificar problemas relacionados com as normas de conduta ética dos colaboradores da organização, inclusive de prestadores de serviços terceirizados;

3. Ausência de obrigatoriedade de participação em treinamento a ser utilizado como critério formal em avaliação de desempenho;

4. Ausência de treinamentos de temas relacionados à ética e integridade para terceiros (consultores, contratados, intermediários etc.);

5. Ausência de ferramentas ou indicadores que possibilitem avaliar possíveis melhoras na aplicação das políticas e procedimentos, após a realização dos treinamentos;

6. Ausência de prestação de contas dos resultados alcançados pelos atos delegados, em Ordenação de Despesas;

7. Inexistência de políticas de gestão de pessoas e procedimentos formalizados para retenção de servidores, terceirizados e estagiários;

8. Inexistência de uma política de avaliação de desempenho para terceirizados lotados na Sejusp em relação a um acordo de nível de serviços;

9. Ausência de treinamentos com participação obrigatória, sendo utilizados como critério formal em avaliação de desempenho;

10. Inexistência de métricas, incentivos ou recompensas, e reconhecimento ou outras formas de recompensa não financeira, institucionalizadas, para motivar o desempenho dos colaboradores;

11. Inexistência de Política de Gestão de Riscos detalhada, devidamente formalizada, com mecanismos para identificar e avaliar os riscos decorrentes de fatores externos/internos que possam afetar a realização dos objetivos da entidade;

12. Inexistência de uma avaliação em Gestão de Riscos como estratégia para assegurar que novas atividades decorrentes de mudanças significativas sejam avaliadas quanto a risco;

13. Inexistência de políticas e procedimentos para identificação dos processos críticos em atividades relevantes para o alcance de objetivos-chave, relacionados ao cumprimento da missão e da visão da organização em virtude de inexistência de Política de Gestão de Riscos;

14. Inexistência de Política de Gestão de Riscos que contemple a identificação, avaliação e tratamento dos riscos relacionados à fraude e corrupção (riscos de integridade) que podem afetar a realização de seus objetivos.

Recomendações efetuadas: Diante das análises, sugere-se que a SEJUSP verifique os itens relativos aos componentes avaliados, realizando as seguintes ações, para que as novas avaliações melhorem o seu grau de maturidade:

1. Estabelecer um Código de conduta próprio, institucionalizado, que inclua questões específicas do órgão em observância ao Decreto nº 48.419/2022 (Decreto anterior n ° 47.185, de 12/05/2017) e que comuniquem normas apropriadas de comportamento moral e ético esperados dos seus colaboradores, intermediários e terceiros;

2. Estabelecer indicadores em avaliação de desempenho que possibilitem mensurar / identificar problemas relacionados com as normas de conduta ética dos colaboradores da organização, inclusive de prestadores de serviços terceirizados;

3. Obrigar a participação em treinamentos a serem utilizados como critério formal em avaliação de desempenho;

4. Disponibilizar treinamentos relacionados à ética e integridade para terceiros (consultores, contratados, intermediários etc.);

5. Instituir ferramentas ou indicadores que possibilitem avaliar possíveis melhoras na aplicação das políticas e procedimentos, após a realização dos treinamentos;

6. Tornar obrigatória a realização de prestação de contas dos atos delegados em Ordenação de Despesas;

7. Elaborar e formalizar políticas e/ou procedimentos de gestão de pessoas para reter servidores, terceirizados e estagiários;

8. Elaboração de política de avaliação de desempenho para terceirizados lotados na Sejusp em relação a um acordo de nível de serviços;

9. Criação de políticas, métricas, como forma de premiar, incentivar, reconhecer e recompensar, ou outras formas de recompensa não financeira, institucionalizadas, os servidores que se destacaram em suas respectivas áreas ou atingiram o desempenho esperado;

10. Instituir Política de Gestão de Riscos detalhada, devidamente formalizada, com mecanismos para identificar e avaliar os riscos decorrentes de fatores externos/internos que possam afetar a realização dos objetivos da entidade;

11. Instituir uma avaliação em Gestão de Riscos como estratégia para assegurar que novas atividades decorrentes de mudanças significativas sejam avaliadas quanto a risco;

12. Instituir políticas e procedimentos para a identificação dos riscos sobre os processos críticos, priorizando as atividades relevantes para o alcance dos resultados institucionais em relação aos objetivos-chave, relacionados ao cumprimento da missão e da visão da organização;

13. Instituir Política de Gestão de Riscos com identificação, avaliação e tratamento dos riscos oriundos de fraude e de corrupção (riscos de integridade), permitindo o alcance dos resultados institucionais.

Resultados Alcançados: Não houve benefícios alcançados em 2024, sendo as 13 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2026, para monitoramento.

3. Relatório de Auditoria nº #1585835 - Avaliação dos Controles do Estoque Central de Suprimentos, de 20 de agosto de 2024

Objetivo: O principal objetivo dessa avaliação consiste em auxiliar a organização na identificação e avaliação das inconformidades e irregularidades existentes no processo de gestão dos estoques centrais pela Diretoria de Material e Patrimônio, a fim de tentar identificar, prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando na execução das atividades e de alguma forma contribuir com a melhoria da gestão na aplicação dos recursos públicos, oferecendo subsídio aos gestores para que implantem de forma efetiva os controles internos administrativos, o que proporcionará incremento de informações gerenciais, melhor acompanhamento do alcance das metas estabelecidas e melhoria no desempenho na execução dos processos.

Assim, os objetivos específicos consistem em:

- Identificar possíveis fragilidades no processo de gestão dos almoxarifados;
- Identificar eventuais pontos de melhorias quanto aos controles de estoques;
- Sugerir possíveis medidas corretivas ou mitigadoras.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões do trabalho:

1. Não localização de 348 unidades de [redacted] inservíveis/vencidas no Centro de Distribuição de Materiais, que pertenciam ao Lote 02 que estava aguardando nova licitação para alienação, sendo que, destas 348 unidades de [redacted], 167 são pares e 14 avulsos.

2. Não localização de 164 [redacted] tamanho "G", marca [redacted], com a inscrição [redacted].

3. Existência de material de consumo vencido/ danificado no estoque no Centro de Distribuição de Materiais - CDM, no período avaliado de 3/10/23 a 10/4/24, totalizando 913.408 itens, no valor de aquisição de 1.143.917,34 (um milhão, cento e quarenta e três mil, novecentos e dezessete reais e trinta e quatro centavos), em percentual acima do recomendado pela Associação Brasileira de Prevenção de Perdas – ABRAPPE.

4. Existência de material de consumo vencido no estoque na Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, no período avaliado dos últimos (6) meses, totalizando 25.339 itens, dentre eles alguns medicamentos, no valor total de aquisição de R$197.585,72 (cento e noventa e sete mil, quinhentos e oitenta e cinco reais e setenta e dois centavos), em percentual acima do recomendado pela Associação Brasileira de Prevenção de Perdas – ABRAPPE.

5. Agrupamento de produto dentro do prazo de validade juntamente com produtos vencidos e prontos para desfazimento em quatro paletes.

6. Descumprimento de ordem cronológica no envio de materiais com lote de vencimento posterior ao lote constante na ordem como primeiro a sair, sem justificativa, realizado pela Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF às unidades requisitantes, não obedecendo ao procedimento Primeiro a Vencer Primeiro a Sair - PVPS, o que propicia a ocorrência de vencimento de produtos em estoque.

7. Armazenamento de materiais, incluindo medicamentos de mesma classificação, em locais dispersos e não adjacentes dentro da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), dificultando a localização tempestiva dos itens, afetando as atividades de movimentação, inspeção e inventário, entre outras tarefas operacionais.

8. Baixa de 738.305 itens, nos meses de março e abril/24, realizadas no sistema SIAD, sendo que, das 48 saídas de materiais registradas, 25 delas estão sem registro da justificativa para tal procedimento, nem mesmo relatório de saída ou documento similar, acompanhado de registros fotográficos.

9. Existência de percentual incompatível de materiais de consumo no “status” reservado, demonstrando que o controle da realização de aceite por parte das unidades receptoras não é suficiente, já que, aquelas não realizam o procedimento de aceite quando do recebimento dos materiais, consequentemente não ocorrendo a baixa nas unidades CAF e CDM, em relação aos materiais de consumo, mesmo que já utilizados.

10. Ausência de aceite e baixa, de forma tempestiva, no SIAD em relação aos materiais de consumo, por parte das unidades receptoras.

11. Sistema [redacted] no Centro de Distribuição de Materiais, dado que [redacted].

12. [redacted] na área interna integrante do Centro de Distribuição de Materiais, [redacted].

13. [redacted]no galpão do Centro de Distribuição de Materiais [redacted].

14. [redacted] Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF.

15. Ausência de evidências de que os funcionários operacionais dos almoxarifados recebem treinamento sobre os procedimentos de controle de estoque [redacted].

16. Falhas nas ferramentas de controle de transferências de materiais dentro do SIAD, ao permitir a saída de materiais de consumo com vencimento posterior ao que deveria sair primeiro.

17. Falha nos controles do sistema SIAD ao permitir que as unidades receptoras façam novos pedidos de materiais de consumo, mesmo sem realizar o devido aceite na carga já recebida.

Recomendações efetuadas: Diante dos exames realizados e dos achados de auditoria no presente relatório, recomenda-se:

1. Apuração de dano ao erário pela [redacted], referente a não localização de 348 unidades de [redacted] inservíveis/vencidas no Centro de Distribuição de Materiais, que pertenciam ao Lote 02 que estava aguardando nova licitação para alienação, também quanto a não localização de 164 [redacted].

2. Apuração de dano ao erário pela [redacted], referente aos materiais de consumo vencidos e/ ou inutilizados, sendo material de consumo vencido no estoque na CAF, nos últimos (6) meses, num quantitativo total de 25.339 itens, sendo alguns medicamentos, no valor total de R$197.585,72 (cento e noventa e sete mil, quinhentos e oitenta e cinco reais e setenta e dois centavos), bem como, do material de consumo vencido/ danificado no estoque no CDM, no período de 3/10/23 a 10/4/24, num quantitativo total de 913.408 itens, no valor total de aquisição de 1.143.917,34 (um milhão, cento e quarenta e três mil, novecentos e dezessete reais e trinta e quatro centavos). Posteriormente à apuração de dano ao erário, iniciar a adoção de medidas administrativas que visem o ressarcimento ao erário e, no insucesso dessas, enviar à CPP para instauração de Tomada de Contas Especial.

3. Implementar ferramentas de controle interno, com datas específicas e periódicas para realização de procedimentos de controle de vencimento de forma a mitigar as perdas por vencimento, armazenagem e outros.

4. Verificar a necessidade de aumento do pessoal administrativo e/ou operacional nos almoxarifados.

5. Cumprir os critérios contidos na Resolução SEPLAG 37, de 9/7/2010, no caso de inutilização de materiais, bem como a vinculação dos itens baixados via documento 411 com as informações de entrada do material de consumo como lote e validade real.

6. Utilizar da técnica Primeiro a Vencer Primeiro a Sair - PVPS de forma a mitigar a possibilidade de ocorrência de material vencido na saída de materiais nos almoxarifados.

7. Orientar a equipe sobre a importância da organização do estoque físico de modo a manter materiais de mesma espécie próximos, de modo a facilitar a localização dos lotes que estão a vencer primeiro.

8. Criar mecanismos de controle e mitigação de riscos pela falta de aceite por parte das unidades receptoras de materiais de consumo, de forma prévia ao envio trimestral de materiais.

9. Providenciar a manutenção corretiva e preventiva no sistema [redacted] Centro de Distribuição de Materiais - CDM.

10. Providenciar [redacted] Centro de Distribuição de Materiais - CDM.

11. Avaliar a viabilidade operacional/financeira de implementar [redacted] do Centro de Distribuição de Materiais

– CDM, com o intuito de [redacted].

12. Avaliar a viabilidade de [redacted] na Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, como medida [redacted].

13. Implementar planejamento de cursos e treinamentos periódicos voltados aos procedimentos de controle de estoque [redacted].

14. Solicitar aos responsáveis (administradores) a implementação de melhorias nos controles do SIAD, que impeçam que os materiais com vencimento posterior sejam transferidos, realizando-se o controle pelos lotes.

15. Solicitar, aos responsáveis, melhorias nos controles do SIAD que impeçam as unidades receptoras de realizar novos pedidos de materiais sem realizar o aceite na carga patrimonial recebida.

16. Encaminhamento para o Núcleo de Correição Administrativa – NUCAD, para apuração de eventuais responsabilidades [redacted], quanto à não observância dos procedimentos que devem ser adotados para os casos de inutilização de materiais, bem como, quanto ao desaparecimento e vencimento de materiais de consumo.

Resultados Alcançados: Benefícios não financeiros alcançados em 2024, na classe Aperfeiçoamento de processos e/ou controles internos, em relação a: providenciar a manutenção corretiva e preventiva [redacted] no Centro de Distribuição de Materiais – CDM; e Providenciar a [redacted] do Centro de Distribuição de Materiais - CDM. No entanto, ainda restam 14 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2026, para monitoramento.

4. Relatório de Auditoria nº #1520832 - Avaliação da Estrutura e dos Controles Internos no nível de atividades relativos à Gestão de Convênios de Saída e Parcerias MROSC, de 23 de abril de 2024

Objetivo: O objetivo geral deste trabalho consiste na avaliação da estrutura e dos controles internos no nível de atividades relativos à gestão de convênios de saída e parcerias praticados nas áreas pertinentes da SEJUSP, conforme orientações emitidas pela Auditoria-Geral da Controladoria Geral do Estado, sendo que, a avaliação se dará por meio da aplicação da Matriz de Avaliação pelas CSET/CSEC, adaptada na Matriz de Achados.

Assim, foram traçados os objetivos específicos, conforme os seguintes componentes e pontos críticos de controle:

Componentes:

- Ambiente de controle;
- Atividades de controles internos;
- Avaliação de riscos;
- Monitoramento;
- Informação e comunicação.

Pontos críticos de controle:

- Celebração;
- Execução;
- Prestação de contas.

Desse modo, buscamos verificar eventuais irregularidades nos processos e/ou na sua condução, e recomendar ações que possam sanar ou mitigar os danos que essas irregularidades possam causar, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento dos controles, e minimização dos riscos do processo.

Resultado dos exames: Os resultados apresentados neste Relatório, permitem concluir que o nível de maturidade da SEJUSP relativos aos controles internos no nível de atividades na gestão de convênios de saída e parceiras se encontra no nível Satisfatório, tendo em vista o percentual alcançado de 77,14%, e que seus componentes se encontram nos seguintes níveis:

- Ambiente de Controle – Nível Satisfatório;
- Atividade de Controle Interno – Nível Forte;
- Avaliação de Riscos - Nível Forte;

- Monitoramento – Nível Mediano;
- Informações e Comunicação – Nível Forte.

Conforme exposto neste Relatório, constatou-se os seguintes achados que impactaram nos resultados de maturidade da SEJUSP e, notadamente, relacionadas principalmente aos componentes Ambiente de Controle e Monitoramento:

1. Ausência de evidências dos procedimentos relativos à segregação de funções críticas, em todas as fases analisadas, conforme citado alhures, na DCC e nas áreas gestoras da SEJUSP.

2. Desconhecimento por parte da DCC e da SUASE, da política/programa de integridade para prevenir conflitos de interesses e promover um ambiente de integridade nos convênios de saída e parcerias com organizações da sociedade civil no âmbito da SEJUSP.

3. Não foi demonstrado que os servidores da DCC e SUPEC recebem capacitações periódicas.

4. Desconhecimento de normativa ou rotina que especifique prazos para início e fim da análise e conclusão das situações que justificariam a abertura de Tomada de Contas Especial (TCE), por parte da SUASE.

5. O processo de trabalho de convênios de saída e parceiras não está totalmente mapeado com identificação e gerenciamento dos riscos.

6. Ausência de informação sobre a efetividade de implementação das ações propostas pela DCC em gerenciamento de riscos, conforme plano de ação, cujos prazos já estão encerrados.

7. Ausência de evidências, encaminhadas pelas áreas gestoras da SEJUSP, relativas aos controles preventivos de pagamento vedado pela legislação inerentes as parcerias e convênios.

8. Ausência de controle de conferência relativo à contratação pelos parceiros e concedentes de fornecedores e prestadores de serviços que não estejam no cadastro de inadimplência em relação à Administração Pública e no cadastro de fornecedores impedidos de licitar e contratar com a Administração Pública.

9. Ausência de implementação de cronograma na SUASE relativo as visitas técnicas nos locais de execução dos objetos pactuados nas parcerias e convênios em cogestão.

10. Existência de plano de ação com prazo vencido e sem evidência de cumprimento, relativo ao objetivo de monitorar e tratar o passivo de prestação de contas pendente de análise referente a convênios e parcerias.

11. Ausência de informação atualizada sobre a efetividade de implementação das ações propostas pela DCC em gerenciamento de riscos, conforme plano de ação constante do Memorando.SEJUSP/DCC. nº 113/2022, cujos prazos já estão encerrados.

Recomendações efetuadas: Diante dos exames realizados, sugere-se que a SEJUSP verifique os itens relativos aos componentes que ainda precisam de atuação, realizando as seguintes ações, para que as novas avaliações melhorem o grau de maturidade da SEJUSP:

1. Estabelecer políticas e procedimentos internos para assegurar a segregação de funções críticas na gestão de convênios de saída e parcerias, e no acompanhamento de todos os instrumentos celebrados.

2. Realizar divulgação do plano de integridade, com o intuito que as áreas gestoras tenham conhecimento, e executem de forma a prevenir conflito de interesse e promover um ambiente de integridade nos convênios de saída e parcerias.

3. Realizar as capacitações de servidores da DCC e SUPEC com periodicidade.

4. Conhecer as normativas que regem os convênios de saída/MROSC concernente a Tomada Contas Especial, especificamente sobre prazos para início e fim da análise e conclusão das situações que justificariam a abertura de Tomada de Contas Especial (TCE).

5. Mapear todo o processo de trabalho de convênio e parceiras da SEJUSP, com identificação e gerenciamento dos riscos relacionados aos objetivos do processo.

6. Realizar as ações propostas pela DCC em gerenciamento de riscos, demonstrando as ações que já foram implementadas, ou caso necessário, justificar e/ou solicitar novos prazos para efetivar a implementação das ações pendentes.

7. Implementar controles que atuem na prevenção de pagamento vedado pela legislação com emissão de orientações prévias contendo os principais procedimentos legais.

8. Incluir controles que tem como objetivo evidenciar a ausência no cadastro de inadimplência em relação à Administração Pública e no cadastro de fornecedores impedidos de licitar e contratar com a Administração Pública dos fornecedores/prestadores de serviço contratados pelos parceiros e concedentes na fase de execução dos convênios/termos de parcerias.

9. Implementar o cronograma de visitas técnicas às unidades em cogestão pela SUASE.

10. Realizar as ações propostas no plano de ação relativo ao tratamento do passivo de prestação de contas pendente de análise referente a convênios e parcerias.

Resultados Alcançados: Benefícios não financeiros alcançados em 2024, nas classes Fortalecimento da governança, transparência, integridade e controle social; Aperfeiçoamento da gestão de pessoas/capacitação; Aperfeiçoamento de processos e/ou controles internos; e Fortalecimento da gestão de riscos, em relação a: Realizar divulgação do plano de integridade, com o intuito que as áreas gestoras tenham conhecimento, e executem de forma a prevenir conflito de interesse e promover um ambiente de integridade nos convênios de saída e parcerias; Realizar as capacitações de servidores da DCC e SUPEC com periodicidade; Conhecer as normativas que regem os convênios de saída/MROSC concernente a Tomada Contas Especial, especificamente sobre prazos para início e fim da análise e conclusão das situações que justificariam a abertura de Tomada de Contas Especial (TCE); Realizar as ações propostas pela DCC em gerenciamento de riscos, demonstrando as ações que já foram implementadas, ou caso necessário, justificar e/ou solicitar novos prazos para efetivar a implementação das ações pendentes; Implementar controles que atuem na prevenção de pagamento vedado pela legislação com emissão de orientações prévias contendo os principais procedimentos legais; Implementar o cronograma de visitas técnicas às unidades em cogestão pela SUASE; e Realizar as ações propostas no plano de ação relativo ao tratamento do passivo de prestação de contas pendente de análise referente a convênios e parcerias. No entanto, ainda restam 3 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2025, para monitoramento.

5. Relatório de Auditoria nº #1520710 - Apuração sobre possível infração ou dano a concorrência na licitação: Pregão Eletrônico para Registro de Preço nº 369/2022, de 05 de março de 2024

Objetivo: O principal objetivo dessa desta apuração consiste em auxiliar a organização na identificação e avaliação das inconformidades e irregularidades existentes no processo, a fim de tentar identificar, prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando na execução das atividades e de alguma forma contribuir com a melhoria da gestão na aplicação dos recursos

públicos, oferecendo subsídio aos gestores para que implantem de forma efetiva os controles internos administrativos, o que proporcionará incremento de informações gerenciais, melhor acompanhamento do alcance das metas estabelecidas e melhoria no desempenho na execução dos processos.

A partir disso, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar possíveis fragilidades no processo de contratação;
- Identificar eventuais atos ilícitos praticados contra a Administração Pública;
- Sugerir possíveis medidas corretivas ou mitigadoras.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões do trabalho:

1. Apresentação de atestados de capacidade técnica pelas empresas [redacted] com conteúdo falso, dado que assinados por pessoa falecida há 4 e 6 anos antes da data de emissão dos respectivos documentos, caracterizando, assim, indícios de fraude à licitação.

2. Representante comum das empresas concorrentes [redacted] junto a Administração Pública no momento da licitação.

3. Apresentação de comprovante de entrega das amostras por uma mesma pessoa representando os dois fornecedores concorrentes, quais sejam, [redacted], ainda com o mesmo padrão de diagramação: formato, disposição dos elementos visuais em uma página (layout), fonte de letra e coincidência de informações.

4. Apresentação de Relatório de Ensaio pela empresa [redacted] cujo fabricante do material, objeto da análise, é a empresa concorrente do certame, qual seja, [redacted], sendo o contato dos fornecedores comum as duas empresas.

5. Coincidência, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2008, entre os endereços da sede da empresa [redacted] (licitante) com o da empresa [redacted] (empresa emissora de atestado de capacidade técnica), bem como do endereço residencial de um dos sócios da empresa [redacted], que atuou no certame como representante comum das empresas concorrentes [redacted].

6. Ausência de modelo padronizado de recibo da CDM/SULOT/SEJUSP quando da entrega de materiais/amostras ao Centro de Distribuição de Materiais - CDM.

7. As propostas comerciais das proponentes [redacted] possuem a mesma formatação, tipografia e "layout" de arquivo, caracterizando indícios de existência de fraudes em licitações.

Recomendações efetuadas: Diante dos exames realizados, recomenda-se à SEJUSP:

1. Realizar, nos processos licitatórios futuros, pesquisas e buscas ativas quanto a possíveis relações de vínculo entre representantes das empresas concorrentes que possam resultar em ofensa à competitividade.

2. Promover o encaminhamento do presente processo de compras para a Comissão Processante Permanente para análise de eventual responsabilização.

3. Encaminhar este Relatório de Auditoria para Corregedoria-Geral da Controladoria-Geral do Estado para realização de juízo de admissibilidade para verificar se há elementos mínimos para instauração de Processo Administrativo de Responsabilização, previsto na Lei nº 12.846/2013, em face das empresas que porventura praticaram atos lesivos contra Administração Pública.

4. Estabelecer modelo de referência padronizado de recibos, contendo informações obrigatórias, a ser utilizado quando da entrega de materiais/amostras por pretensos fornecedores, sob responsabilidade do CDM.

5. Promover o encaminhamento deste relatório à Polícia Civil a fim de investigar possível falsidade ideológica, através da realização de perícia.

Resultados Alcançados: Benefícios não financeiros alcançados em 2024, nas classes Aperfeiçoamento de processos e/ou controles internos; e Instauração de processos administrativos de responsabilização/sanção (multa, sindicância, PAD, PAR, PAP, TCE, crédito não tributário), em relação a: Estabelecer modelo de referência padronizado de recibos, contendo informações obrigatórias, a ser utilizado quando da entrega de materiais/amostras por pretensos fornecedores, sob responsabilidade do CDM; Realizar, nos processos licitatórios futuros, pesquisas e buscas ativas quanto a possíveis relações de vínculo entre representantes das empresas concorrentes que possam resultar em ofensa à competitividade; e Promover o encaminhamento do presente processo de compras para a Comissão Processante Permanente para análise de eventual responsabilização. No entanto,

ainda restam 2 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2025, para monitoramento.

6. Relatório de Auditoria nº #1673934 - Avaliação da conformidade na execução no Contrato de Gestão nº 08/2021, celebrado com o Instituto Elo – IELO, de 30 de dezembro de 2024

Objetivo: O principal objetivo dessa avaliação consiste em auxiliar a organização na identificação e avaliação dos riscos e inconformidades eventualmente existentes no processo, a fim de tentar prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando na execução das atividades e, de alguma forma, contribuir com a melhoria da gestão na aplicação dos recursos públicos, oferecendo subsídio aos gestores para que implantem de forma efetiva os controles internos administrativos, o que proporcionará incremento de informações gerenciais, melhor acompanhamento do alcance das metas estabelecidas e melhoria no desempenho da Unidade na prestação dos serviços públicos à população.

Assim, os objetivos específicos na verificação da regularidade da gestão são quanto à:

- Índices de evasão de adolescentes em relação ao percentual pactuado no quadro de indicadores contido no contrato;
- Índices de conclusão de cursos de formação básica para o trabalho conforme pactuado em contrato;
- Periodicidade da realização de fiscalização em todas as Unidades Socioeducativas abarcadas no contrato;
- Índice de reentrada dos adolescentes acautelados;
- Emissão do Auto de Vistoria de Corpo de Bombeiros das unidades 12 (doze) socioeducativas.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões do trabalho:

1. Incompatibilidade da quantidade programada de visitas, e dos procedimentos de fiscalização in loco, com o Contrato de Gestão n° 08/2021, que abrange 4 períodos avaliatórios por exercício.

2. Confecção intempestiva dos relatórios de fiscalização in loco.

3. Ausência dos aspectos como cumprimento de metas no check list de fiscalização.

4. Ausência dos relatórios de fiscalização do ano de 2024 referente ao [redacted].

5. Fragilidade no controle das recomendações, orientações e notificações realizadas pela [redacted], bem como, consequentemente, quanto as providências adotadas pelo [redacted] com intuito de sanar atos irregulares, quando detectados.

6. Fragilidade nos controles de determinação das taxas [redacted] em relação ao gerenciamento do número [redacted].

7. Ausência de ações coordenadas para prevenir e mitigar casos [redacted].

8. Ausência de um indicador de percentual de conclusão dos cursos no contrato de gestão.

9. Ausência de evidências na certificação de conclusão dos cursos profissionalizantes.

10. Fragilidades nos processos de ações corretivas ou preventivas para mitigar a não conclusão dos cursos.

11. Fragilidades nos processos de monitoramento e supervisão dos contratos, em cumprimento as metas de conclusão dos cursos.

12. Ausência de metodologia [redacted] para monitorar [redacted].

13. Existência de 7 (sete) unidades sem Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB, por ainda apresentarem pendências relacionadas à emissão, renovação ou adequação dos projetos de segurança contra incêndio nas unidades: [redacted].

14. Ausência de fontes comprobatórias sobre as diligências executadas pela Supervisão do Contrato com vistas a atender às exigências de emissão do AVCB, nas unidades com pendências na emissão do documento.

Recomendações efetuadas: Diante dos exames realizados e dos achados de auditoria no presente relatório, recomenda-se:

1. Realizar fiscalização in loco em todas as Unidades Socioeducativas abarcadas no contrato em quantidade, no mínimo, que seja compatível com os 4 períodos avaliativos por exercício.

2. Elaborar tempestivamente os relatórios de fiscalização in loco realizado nas unidades, com o devido registro de fatos relevantes, indícios de irregularidades, recomendações e vetos necessários.

3. Elaborar check list de verificação das fiscalizações in loco, contemplando o cumprimento de metas.

4. Providenciar os relatórios de fiscalização do ano de 2024 referente ao [redacted].

5. Criar e / ou melhorar ferramentas de controle que possibilitem monitorar e registrar, de forma sistêmica, as ações implementadas pelo [redacted], para cumprimento das recomendações, orientações e notificações feitas pelo fiscal do contrato de gestão.

6. Implementar um sistema de monitoramento contínuo que permita um fluxo de comunicação ágil, tempestivo e eficiente durante as [redacted].

7. Reavaliar os procedimentos e critérios adotados para [redacted].

8. Ajustar o contrato de gestão para que seja incluído um indicador específico de percentual de conclusão dos cursos profissionalizantes.

9. Providenciar as certificações de conclusão dos cursos profissionalizantes faltantes.

10. Revisar os processos de ações corretivas ou preventivas para mitigar a não conclusão dos cursos.

11. Revisar os processos de monitoramento e supervisão dos contratos, em cumprimento as metas de conclusão dos cursos.

12. Propor e executar uma metodologia de monitoramento e avaliação da política de atendimento socioeducativo, relativo [redacted].

13. Exigir o cumprimento da obrigação contratual relativa a emissão dos 7 (sete) Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB que ainda apresentarem pendências relacionadas à emissão, renovação ou adequação dos projetos de segurança contra incêndio nas unidades: [redacted].

14. Fortalecer os controles relativos à exigência e acompanhamento do cronograma de emissões do AVCB nas Unidades.

Resultados Alcançados: Não houve benefícios alcançados em 2024, sendo as 14 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2026, para monitoramento.

7. Relatório de Auditoria nº #1629115 - Avaliação Programa CEAPA - Central de Acompanhamento de Alternativas Penais - UPC de Belo Horizonte no Contrato de Gestão nº 02/2019 celebrado com o Instituto ELO, de 30 de outubro de 2024

Objetivo: O principal objetivo dessa avaliação é auxiliar a organização na identificação e avaliação dos riscos e inconformidades eventualmente existentes no processo, a fim de prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando na execução das atividades e de alguma forma contribuir com a melhoria da gestão na aplicação dos recursos públicos, oferecendo subsídio aos gestores para que implantem de forma efetiva os controles internos administrativos, o que proporcionará incremento de informações gerenciais, melhor acompanhamento do alcance das metas estabelecidas e melhoria no desempenho da Unidade na prestação dos serviços públicos à população.

Assim, os objetivos específicos são a avaliação da regularidade da gestão quanto à:

- Identificar possíveis fragilidades nos resultados apurados de baixa por cumprimento integral/indulto em relação aos acordos de transação penal na UPC - Unidade de Prevenção a Criminalidade de Belo Horizonte;
- Identificar fragilidades relacionadas a falsos atestes de cumprimento de acordos de transação penal;
- Identificar possíveis distorções nos resultados dos indicadores relativos à metodologia utilizada no Programa CEAPA;
- Identificar possíveis fragilidades nos controles dos arquivos;
- Sugerir medidas corretivas ou mitigadoras para os principais problemas identificados.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões do trabalho:

1- Não conformidade dos documentos de cumprimento das medidas alternativas, descumprindo aquilo que foi imposto nos acordos de transação penal.

2- Não conformidade dos documentos de cumprimento das medidas alternativas, tornando irregular as baixas por cumprimento integral/ indulto na UPC BH.

3- Ajuste metodológico aplicado em 51 processos analisados relacionados à modalidade PEAP de forma unilateral, sem anuência de todos os partícipes do processo: TJMG, MPMG e, ainda, sem termo aditivo ao Contrato de Gestão nº 02/2019.

4- A ausência de documentos comprobatórios de cumprimento das medidas alternativas, e o ajuste Metodológico, tornaram incorreta a mensuração das demandas executadas nos indicadores da Metodologia do Programa CEAPA.

5- Ausência das informações relativas a real execução da demanda, que deu motivo para os ajustes de metas dos indicadores do Programa CEAPA.

6- Não contabilização das demandas represadas que deram origem ao ajuste metodológico.

Recomendações efetuadas: Diante dos exames realizados, recomenda-se:

1. Modernizar a execução e os controles de acompanhamento tendo em vista que são realizados manualmente e que faltam registros comprobatórios ou quesitos nos documentos, bem como o arquivamento das medidas alternativas executadas pelo programa CEAPA, de forma a possibilitar padronização dos procedimentos, fiscalização e tempestividade em relação a disponibilização de documentos;

2. Registrar todas as tratativas que a [redacted] realizar junto ao Poder Judiciário relacionadas a alterações na metodologia aplicada no Programa CEAPA, que vise sanar demandas represadas e/ou desconcentrar o alto volume de usuários, em função da capacidade de atendimento das UPC'S;

3. Providenciar a revisão dos procedimentos utilizados para registros dos resultados do indicador 4.2 - Percentual de alternativas penais cumpridas no período avaliatório conforme determinação judicial;

4. Providenciar revisão dos indicadores 4.1, 4.2 e 4.3 e a inclusão de indicador relativo as demandas represadas, por meio de Termo Aditivo, conforme já proposto pela [redacted] no Item V da Nota Técnica nº 3/SEJUSP/SUPEC/2024, datada de 08 de maio de 2024, Proposta de Revisão dos Indicadores e de Inclusão de Novo Indicador no Contrato de Gestão;

5. Utilizar a execução de um determinado período das Unidades de Prevenção Social à Criminalidade – UPC, a partir de documentos padronizados e que evidenciem com transparência o tipo e a quantidade de atendimentos realizados, como parâmetro para construção de suas metas relativas aos indicadores do Programa CEAPA;

6. Encaminhar o Relatório Final de Auditoria ao Núcleo de Correição Administrativa - NUCAD, para apuração de eventuais responsabilidades [redacted], em razão da do ajuste metodológico, sem previsão contratual e sem autorização do Poder Judiciário e da SEJUSP.

Resultados Alcançados: Não houve benefícios alcançados em 2024, sendo as 6 recomendações a serem implementadas, conforme plano de ação da gestão, com prazos até 2026, para monitoramento.

8. Relatório de Auditoria nº #1674395 - Consultoria em Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Contratação Pública, de 31 de outubro de 2024

Objetivo: O objetivo geral consiste em auxiliar a organização na identificação e avaliação dos riscos existentes no processo, a fim de tentar prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando da execução das atividades.

A partir disso, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os riscos classificados como extremos, altos, que precisarão ser tratados;
- Identificar os controles do processo de contratação pública, que precisam ser criados ou aprimorados;
- A partir do mapeamento do processo realizado, conhecer melhor o fluxo do processo, e as interações existentes entre os setores.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões/ resultados do trabalho de Consultoria de Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Contratação Pública da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), a existência de 9 (nove) riscos extremos e 93 (noventa e três) riscos altos que necessitam de ação de tratamento, pois representam ameaças ao atingimento dos objetivos do macroprocesso avaliado, conforme tolerância a riscos definida na matriz de nível de riscos da metodologia utilizada.

Recomendações efetuadas: A identificação das ações a serem implementadas, visando tratar os riscos, será materializada com a formulação do Plano de Ação, cuja elaboração compete ao gestor do macroprocesso. Ressalta-se que, atenção especial deve ser dada aos riscos extremos e altos, devido aos impactos que eles podem provocar no atingimento dos objetivos do processo. O modelo proposto pela CGE para elaboração do Plano de Ação (parte da Auditoria) seguirá em meio eletrônico para o gestor preencher, onde ele identificará as ações de controle, os responsáveis pela implementação e os prazos de execução das ações que serão monitoradas por esta Controladoria Setorial. Caso o gestor indique que não tomará nenhuma ação, com relação aos riscos extremos e altos, devido ao seu alto apetite a riscos, será necessário motivar as razões de fato e de direito que o impedem de assim proceder, conforme determina a Constituição do Estado de Minas Gerais, de 1989, em seu artigo 13, §2°.

Resultados Alcançados: Benefícios não financeiros alcançados em 2024, na classe Fortalecimento da gestão de riscos: quando foi formulado pela gestão do processo um plano de ação com prazos de execução até 2025, a quem compete a execução e monitoramento.

9. Relatório de Auditoria nº #1502629 - Consultoria em Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Gestão, Fiscalização e Sanção dos contratos de Alimentação das Unidades Prisionais e Socioeducativas, de 26 de janeiro de 2024

Objetivo: O objetivo geral consiste em auxiliar a organização na identificação e avaliação dos riscos existentes no processo, a fim de tentar prever e mitigar possíveis problemas e disfunções, quando da execução das atividades.

A partir disso, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os riscos classificados como extremos e altos, que precisarão ser tratados;
- Identificar os controles do processo de fiscalização, que precisam ser criados ou aprimorados;
- A partir do mapeamento do processo realizado, conhecer melhor o fluxo do processo, e as interações existentes entre os setores.

Resultado dos exames: Considerando o escopo de auditoria, destacam-se como as principais conclusões/resultados do trabalho de Consultoria de Gerenciamento de Riscos do Macroprocesso de Gestão, Fiscalização e Sanção dos contratos de Alimentação das Unidades Prisionais e Socioeducativas da SEJUSP, a existência de 23 (vinte e três) riscos extremos e 54 (cinquenta e quatro) riscos altos que necessitam de ação de tratamento, pois representam riscos ao atingimento dos objetivos do macroprocesso avaliado; atestou-se a não existência de controles para 64 (83%) dos riscos extremos e altos citados.

Recomendações efetuadas: A identificação das ações a serem implementadas, visando tratar os riscos, será materializada com a formulação do Plano de Ação, cuja elaboração compete ao gestor do macroprocesso. Ressalta-se que, atenção especial deve ser dada aos riscos extremos e altos, devido aos impactos que eles podem provocar no atingimento dos objetivos do macroprocesso. O modelo proposto pela CGE para elaboração do Plano de Ação (parte da Auditoria) seguirá em meio eletrônico para o gestor preencher, onde ele identificará as ações de controle, os responsáveis pela implementação e os prazos de execução das ações que serão monitoradas por esta Controladoria Setorial. Caso o gestor indique que não tomará nenhuma ação, com relação aos riscos extremos e altos, devido ao seu alto apetite a riscos, será necessário motivar as razões de fato e de direito que o impedem de assim proceder, conforme determina a Constituição do Estado de Minas Gerais, de 1989, em seu artigo 13, §2°.

Resultados Alcançados: Benefícios não financeiros alcançados em 2024, na classe Fortalecimento da gestão de riscos: quando foi formulado pela gestão do processo um plano de ação com prazos de execução até 2025, a quem compete a execução e monitoramento.

Belo Horizonte, 21 de maio de 2025.